**指定訪問介護事業所事前提出書類**

**○事業所名**

**○運営指導日　　令和　　　年　　　月　　　日**

**○直近１ヶ月間の延べサービス提供時間数　　　　時間（提供票（利用表）の合計時間）**

**○サービス提供状況**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供月 | 年  　月 | 年  　月 | 年  　月 | | 年  　月 | 年  　月 | 年  　月 | 年  　月 | | 年  　月 | | 年  　月 | 年  　月 | 年  　月 | | 年  　月 |
| 利用者数 |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |
| 障害者総合支援法に基づく  指定居宅介護の有無 | | | | | 有（ 居宅介護 ・ 重度訪問介護 ）・ 無  指定年月日　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 同一建物減算  （同一敷地内建物に居住する  利用者への提供） | | | | | 有 ・ 無 | | 特別地域加算 | | | | | | | | 有 ・ 無 | |
| 同一建物減算  （同一敷地内建物等に居住する  利用者５０人以上） | | | | | 有 ・ 無 | | 口腔連携強化加算 | | | | | | | | 有 ・ 無 | |
| 同一建物減算  （同一敷地内建物等に居住する  利用者割合９０％以上） | | | | | 有 ・ 無 | | 緊急時訪問介護加算 | | | | | | | | 有 ・ 無 | |
| 特定事業所加算 | | 有 ［区分：　　　　］  無 | | | | | 体制要件・人員要件・重度要件　該当期間（　　　年　　月　～　　 年　　月　） | | | | | | | | | |
| 生活機能向上連携加算 | | | | | | | | | 有［ Ⅰ ・ Ⅱ ］　　・　　無 | | | | | | | |
| 認知症専門ケア加算 | | | | | | | | | 有［ Ⅰ ・ Ⅱ ］　　・　　無 | | | | | | | |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | | | | | | | | | | | 該　当　・　非該当 | | | | | |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | | | | | | | | | | | 該　当　・　非該当 | | | | | |
| 介護職員等処遇改善加算 | | | | 有［ Ⅰ・ Ⅱ・ Ⅲ・ Ⅳ ・ Ⅴ ］　・　無 | | | | | | | | | | | | |

**（注）利用者数は、介護報酬請求に係る実利用者数を記入すること。（過去１年間）**

**○　添付資料**

**①従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（直近１ヶ月分）**

**②指導月初日現在の法人組織図、職員配置図（兼務状況確認のため）**